

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

THÈSE

N°

POUR LE

386

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LEGROS Armand

Né à MAMERS (Sarthe), le 19 Décembre 1906

**LE SIGNE DE LA CONTRACTION
PERMANENTE DE L'UTÉRUS COMME
DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE L'APPENDICITE
AU COURS DE LA GESTATION**

(Forme insidieuse ou torpide)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

1936
IMPRIMERIE SIROT
58, rue Vieille-du-Temple
PARIS

**LE SIGNE DE LA CONTRACTION
PERMANENTE DE L'UTÉRUS COMME
DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE L'APPENDICITE
AU COURS DE LA GESTATION**

(Forme insidieuse ou torpide)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LEGROS Armand

Né à MAMERS (Sarthe), le 19 Décembre 1906

**LE SIGNE DE LA CONTRACTION
PERMANENTE DE L'UTÉRUS COMME
DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE L'APPENDICITE
AU COURS DE LA GESTATION**

(Forme insidieuse ou torpide)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

IMPRIMERIE SIROT
58, rue Vieille-du-Temple
PARIS



LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique-chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON(Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD.....	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL.....	Obstétrique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY....	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ...	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUIVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE- RY-RADOT			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL.....	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS, A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
M. le Professeur COUVELAIRE

*Pour le grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence
de ce travail.*

A M. LE DOCTEUR LEMELAND

Accoucheur à l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de ce
travail et dont les conseils nous ont
guidé dans son élaboration, en
hommage de notre respectueuse
gratitude.*

A M. LE DOCTEUR AUCLAIR
Médecin des Hôpitaux (*in memoriam*)

*Dont le souvenir sera pour nous la
meilleure règle dans la conduite de
notre vie.*

A M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD
(*In memoriam*)

M. le Professeur TEISSIER (*in memoriam*)

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur ACHARD

M. le Professeur DELBET

M. le Docteur FAIVRE

M. le Docteur MAY

Monsieur le Docteur DARBOIS

Le signe de la contraction permanente de l'utérus comme diagnostic précoce de l'appendicite au cours de la grossesse

(Forme insidieuse ou torpide)

INTRODUCTION

Depuis la première observation rapportée, en 1848 par HANCOCK, dans « The Lancet », d'appendicite de la gestation, vérifiée opératoirement, de nombreux auteurs se sont intéressés aux rapports qui existent entre l'appendicite et la puerpéralité.

Le sujet est vaste, et notre dessein n'est pas de le traiter en entier, mais de nous limiter au diagnostic des appendicites torpides au cours de la gestation, grâce à la constatation de la contraction permanente de l'utérus.

Cependant nous désirons rappeler dans un historique rapide le nom des auteurs qui se sont intéressés à cette question.

HISTORIQUE

Après l'observation de HANCOCK en 1848, KORN rapporte en 1855, à la Société de Chirurgie de Dresde, la première vérification nécropsique d'une femme morte de péritonite aiguë à la fin de la gestation. L'autopsie montra une péritonite généralisée avec perforation appendiculaire.

FITZ, en 1886, isole l'appendicite comme entité clinique (Americ. Journ. of Med. Scienc., 1886) et MUNDE, dans le *Medical Record* de 1894, parle des rapports de l'appendicite et de la gestation.

En France, DIEULAFOY s'intéresse à ce sujet et lui consacre une de ses cliniques (Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1897-1898, 16^e leçon).

TUFFIER et LEGENDRE publient, en 1897, les premières

observations d'appendicite et grossesse recueillies en France.

De 1898 à 1900, le Professeur PINARD suscite à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, de nombreuses discussions et donne en 1899 à l'Académie de Médecine de Paris, la première étude d'ensemble sur ce sujet.

Depuis cette époque, les observations d'appendicite au cours de la gestation se sont multipliées. C'est ainsi que PENARD, dans sa thèse (Paris 1912) reprend une étude d'ensemble ; que JERLOV en 1925 publie un travail portant sur 456 cas. SEGUY, en 1927, publie sa thèse sur les « Appendicites aiguës compliquant la gestation normale ».

De nombreux auteurs dans leur thèse, MASSAREL à Montpellier en 1901, GLOTTAIN à Paris en 1923, VIGOUROUX à Bordeaux en 1928, MOUTHON à Paris en 1935, s'intéressent à ce sujet en même temps que de nombreux articles paraissent dans différentes revues soit pour s'attacher à décrire un symptôme particulier, à isoler une forme clinique ou à indiquer une thérapeutique spéciale.

Plusieurs de ces auteurs ont signalé le signe de la contraction permanente de l'utérus et le discutent : nous reviendrons un peu plus loin sur ce point. Mais seul SZYLAGHI Ladislav, dans sa thèse, étudie ce signe d'une façon particulière.

Il nous semble important d'insister, dès maintenant, sur les formes cliniques que peut prendre l'appendicite au cours de la gestation d'après les différents auteurs.

CHAPITRE PREMIER

Les formes cliniques de l'appendicite

Difficultés du diagnostic

« Presque tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la grossesse ne déforme pas dans ses lignes générales le tableau clinique de l'appendicite », écrit PENARD dans sa thèse (Paris, 1912).

Aussi la crise appendiculaire aiguë qui se présente avec ses symptômes classiques : douleur, constipation, nausées, fièvre plus ou moins élevée, ventre douloureux à la palpation, accélération du pouls, ne présente-t-elle pas de difficultés de diagnostic plus considérables chez la femme enceinte que chez tout autre malade ?

Si la malade n'est pas opérée immédiatement, l'évolution peut se faire vers la résolution rapide de la crise, avec disparition de tous les symptômes ; la récurrence est possible au cours de la grossesse ou d'une grossesse ultérieure.

L'évolution peut se faire vers la résolution tardive avec apparition de signes de péritonite localisée plastique, ou suppurée. « Cette évolution est d'ailleurs rare au cours de la grossesse » écrit MOUTHON dans sa thèse (Paris, 1935).

Enfin, la crise appendiculaire peut évoluer vers la péritonite diffuse, c'est là l'évolution la plus fréquente, la plus redoutable, celle qui assombrit considérablement le pronostic.

Les formes cliniques qui ont été isolées par les différents auteurs sont nombreuses.

Au cours de l'appendicite chronique, on a isolé des formes : suivant l'âge de la grossesse où le siège de la douleur peut être plus élevé au fur et à mesure que la gestation s'avance, suivant certains symptômes : forme émétisante, forme colitique, par exemple.

Au cours des appendicites aiguës, de nombreuses formes cliniques sont décrites : suivant l'âge de la grossesse, suivant les symptômes, forme occlusive par exemple. Une forme avec état de tension permanente de l'utérus a été signalée par quelques auteurs.

On note encore une forme grave hypertoxique, sans température et sans accélération du pouls. Suivant l'évolution, on a pu décrire une forme d'appendicite aiguë précocement diffuse ; une forme précocement grave du fait de la toxi-infection.

Enfin, suivant le siège de l'appendice, on trouve des formes : pelvienne, retro-cœcale, hépatique, accessoirement forme meso-coeliaque et forme avec appendice à gauche.

Parmi toutes ces nombreuses formes cliniques, il en est sur lesquelles les auteurs ont moins insisté, et qui cependant se constatent assez fréquemment pendant la gestation « ce sont ces formes sournoises, torpides, dont la rapidité d'évolution ne peut être prévue en présence des symptômes constatés. » (Lemeland, *Médecine internationale illustrée*, mai 1929.)

CHAPITRE II

La forme insidieuse ou torpide

Les différents auteurs n'insistent pas sur une forme insidieuse, ou torpide, qui au début ne présente aucun symptôme inquiétant, et qui, brusquement, peut évoluer avec une allure suraiguë.

Il est infiniment probable que les formes suraiguës, signalées par les auteurs sont passées par une période semblable à celle que nous pouvons décrire d'après les observations. C'est au point que nous pourrions presque dire qu'à la période où nous avons constaté les lésions que rapportent les observations, il s'agissait d'une évolution précoce, *d'une première phase de la crise d'appendicite* mais, chaque fois, *d'une appendicite qui aurait eu une évolution maligne au cas où une intervention précoce ne l'eût pas interrompue.*

*
**

Voyons les faits : une femme est en période de gestation, peu importe l'âge de sa grossesse : celle-ci est de 2 mois 1/2 (Obs. IX), 4 mois 1/2 (Obs. XII), 5 mois 1/2 (Obs. X), 7 mois (Obs. XI), 8 mois (Obs. III), à terme (Obs. XIX et XX).

Cette femme ne présente aucun phénomène grave. Elle accuse une douleur dans la fosse iliaque droite, douleur plus ou moins nette, parfois très vive, parfois trompeuse : c'est ainsi que nous voyons, Obs. VII : « Légère sensibilité dans la fosse iliaque droite ».

Obs. VI : « Ayant alors de petites douleurs, la femme est admise à la Maternité en observation. »

Obs. VIII : « Violente douleur abdominale. »

Obs. X : « Depuis qu'elle est enceinte à intervalles réguliers, la femme a présenté des petites crises douloureuses à type de coliques siégeant dans tout l'abdomen, mais principalement dans la fosse iliaque droite. »

Obs. II : « Douleurs vagues dans les reins, mais le ventre n'est pas douloureux. »

« Le 8 mai, cette femme fut prise brusquement vers 16 h., d'une violente douleur périombilicale accompagnée de tendances syncopales et elle se fit transporter d'urgence à la Maternité », lisons-nous dans l'observation IV.

Donc douleur essentiellement variable qui n'est fixe ni dans son siège, ni dans son intensité, ni dans ses irradiations et qui, sur les 20 observations que nous rapportons, fut peu marquée dans 15 cas.

Les vomissements, les nausées, la constipation ou la diarrhée sont eux aussi très peu importants.

Dans l'observation I, on ne note pas de vomissements.

Dans l'observation III : « Le 29, symptôme nouveau : la femme a un vomissement. » 4 jours après le début des accidents, un seul vomissement.

Obs. IV : deux vomissements alimentaires.

Obs. V : La femme a présenté des nausées, des vomissements et une constipation complète.

Dans 2 cas (Obs. V et XII), il y a des vomissements bilieux, sur les 20 observations présentées, il en est 13 où les vomissements ne sont pas notés ; il en est 4 où l'on relève la constipation.

La température est très variable, mais en général peu élevée à 36°8 (Obs. IV), à 37°7 (Obs. VII), à 37°6 (Obs. XV). Dans l'observation N° VI, la température est 38°6, mais on constate une amygdalite. Le lendemain, elle redescend à 38° pour remonter à 39°6 le surlendemain, 16 heures environ après l'accouchement.

La température est à 39° dans l'Observation XII, à 38° Obs. XIII, à 38°5 Obs. XIV, à 38°9 Obs. XVII, à 38° Obs. XIX.

Comme on le voit, dans 13 cas sur les 20 que nous présentons, la température se tenait au-dessous de 38°.

Le pouls suit une évolution parallèle, légèrement accélérée: Obs. III, pouls à 100 environ ; Obs. VII, pouls à 80, « légèrement accéléré, son rythme habituel étant à 70 » ; Obs. XI, pouls à 80. Cependant le pouls est à 160 dans notre Obser-

vation N° VI, à 132 dans notre Observation N° II, alors que dans cette Observation la température est à 37°2, à 130 dans l'Observation N° 19, avec température à 38°.

On peut donc signaler la dissociation du pouls et de la température, soit qu'il existe un pouls lent avec température élevée, soit qu'il existe un pouls rapide avec une température normale. Rien de constant, rien de typique. Chaque cas a ses caractères particuliers.

Quant à l'état général, il est presque toujours bien conservé. « L'état de la femme est excellent » (Obs. XV).

Dans l'Observation II, l'état général de la femme ne s'aggrave que trois jours après son admission à l'hôpital où elle était entrée pour douleurs vagues dans les reins.

De ce qui précède, on peut décrire ainsi l'allure clinique générale de cette forme insidieuse ou torpide. Au cours d'une grossesse et à n'importe quel âge de celle-ci, une femme se plaint de douleurs qui sont vagues, mal localisées ou au contraire violentes. Ces douleurs s'accompagnent parfois, mais pas constamment, de vomissements (Obs. III), plus rarement d'un état nauséux (Obs. XIV), la température est, ou normale ou légèrement élevée, le pouls variable, peu ou pas, ou très accéléré. L'état général de la malade est excellent. C'est d'ailleurs le tableau clinique exact de la malade, dont l'Obs. VII rapporte l'histoire : « Femme enceinte de 3 mois, pas de troubles de gestation. Température quotidienne 36°8 à 37°2, un soir 37°7 avec légère sensibilité dans la fosse iliaque droite... Le lendemain température 36°8, pouls 80, légèrement accéléré sur ce qu'il est habituellement, 70. »

Dans l'Obs. N° XV, il s'agit d'une jeune femme sans antécédents appendiculaires, primipare qui au 5^e mois de sa grossesse est prise de douleurs abdominales avec vomissements, température 37°6, pouls à 100. « L'état général est bon, le faciès est un peu pâle, mais nullement péritonéal.

Gravité de cette forme.

Avec ce tableau clinique, peu riche en symptômes, les découvertes de l'intervention, quand celle-ci fut pratiquée très tôt, contrastent singulièrement.

Dans l'Obs. VII, l'intervention est pratiquée par le Professeur GOSSET une vingtaine d'heures après le début des accidents. « On trouve un appendice surdistendu par le pus, sa paroi est réduite à l'état de pelure d'oignon, et enlevé avec précaution, il se rompt quand on le met sur le plateau ; il contenait un verre à liqueur de pus. »

Obs. VIII : « Nous opérons d'urgence et nous trouvons un appendice tuméfié en voie de gangrène. »

Obs. XIV : « L'appendice présente plusieurs petites ecchymoses. »

Obs. XIX : « Opération : laparatomie médiane ; extériorisation de l'utérus, césarienne classique. Extraction d'un gros enfant vivant qui rend du méconium en abondance. On trouve dans la fosse iliaque droite du pus en abondance et des fausses membranes. On fait une hystérectomie subtotale suivie d'appendicectomie. » (RIVIÈRE in Thèse VIGOUROUX.)

Obs. X : Liquide séro-purulent mais l'utérus gravide empêche toute exploration de la région...

On examine alors la fosse iliaque droite, appendicite gangréneuse : appendice retrocœcal gangrené enfoui dans un magma d'adhérences.

Cependant tous ces cas ont été opérés dans un laps de temps n'excédant pas trente-six heures après le début des accidents parfois moins de 12 heures (Obs. VI). Mais, dans tous les cas où il y eut une attente plus longue, on voit apparaître obligatoirement les accidents décrits par les auteurs sous le nom « d'appendicite aiguë avec péritonite généralisée ».

Dans l'Observation N° XIV, la malade est amenée à l'hôpital trois jours après le début des accidents, le diagnostic porté est « début d'avortement compliqué de péritonite ».

Dans l'Observation N° XV, le diagnostic entre hématome rétroplacentaire et appendicite n'est pas tranché.

Trois jours après le début des accidents, accouchement d'un enfant vivant qui meurt après quelques inspirations. Aussitôt, la femme se sent très bien et ne souffre plus, cependant son ventre reste douloureux à la pression, *surtout à gauche*, et son pouls reste accéléré.

Le lendemain, la malade vomit à 3 reprises, son ventre est

douloureux avec un peu de défense dans la fosse iliaque droite. Son état général reste bon, sa température est à 38°4, son pouls à 120.

Le surlendemain, le tableau s'est précisé. Le ventre est ballonné avec de la contracture à droite. La malade est fatiguée.

Dans tous ces cas, le diagnostic d'appendicite n'a pas été porté d'emblée, et l'évolution se fait vers la péritonite aiguë dont la gravité assombrit considérablement le pronostic de l'appendicite au cours de la grossesse.

IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC PRECOCE

Il y a donc un intérêt considérable à diagnostiquer la crise appendiculaire d'une façon très précoce avant l'apparition des signes péritonéaux. Le début est insidieux, l'évolution est sournoise, le tableau clinique est loin d'être alarmant et pourtant, en quelques jours, parfois en quelques heures (Obs. VI), la péritonite est constituée. Or dans tous les cas que nous citons on a pu constater la présence d'un signe : LA CONTRACTION PERMANENTE DE L'UTERUS. Parfois l'auteur le signale et n'en tire pas de conséquences (Obs. XIII, XVIII, XV). Dans d'autres observations (Obs. VII, VIII, X), on connaît l'importance de ce signe et se basant sur sa valeur on intervient à temps pour prévenir l'apparition des accidents péritonéaux.

Le diagnostic des formes insidieuses ou torpides au cours de la grossesse est peu étudié par les différents auteurs qui, presque tous, discutent ce diagnostic au moment où l'appendicite est confirmée c'est-à-dire lorsque la lésion est déjà extrêmement grave, autrement dit lorsqu'il y a déjà péritonite.

Discutant le signe de la contraction permanente de l'utérus, certains auteurs (SEGUY, VIGOUROUX, SZYLAGHI LADISLAS) en font un signe de péritonite généralisée. « Ce symptôme est difficile à interpréter, il ne paraît pas spécial aux appendicites simples, mais plutôt symptomatique de péritonite généralisée quelle qu'en soit la cause. » (SEGUY, Thèse Paris 1927, p. 23 et 24).

Cette interprétation ne nous paraît pas exacte. C'est ce que nous voulons établir.

Le signe de la contraction permanente de l'utérus, apparaissant d'une façon précoce, permet de faire le diagnostic d'appendicite assez tôt pour qu'une intervention chirurgicale puisse être pratiquée avant l'apparition des accidents de péritonite aiguë.

CHAPITRE III

Etude de la contraction permanente de l'utérus au cours des appendicites survenant pendant la grossesse

Dans le tableau clinique que nous avons établi sous le nom de forme insidieuse torpide, nous avons montré combien les signes sont peu nombreux et surtout peu démonstratifs. En effet, la douleur est parfois violente, le plus souvent vague, à siège inconstant. Les vomissements, la constipation, la diarrhée ne sont pas fréquents, la température est le plus souvent à peine plus élevée que normalement, le pouls un peu accéléré. Notre Observation N° VII est typique : « Un soir 37°7 avec légère sensibilité dans la fosse iliaque droite... Le lendemain température 36°8, pouls 80. »

Mais dès le premier examen *l'utérus est trouvé en état de contraction permanente et le lendemain on le retrouve toujours en état de contraction permanente.*

Dans l'Observation I, « l'utérus est continuellement contracté, très douloureux », note-t-on.

Dans l'Observation IV, dès le premier examen, peu de temps après que la malade fût transportée à l'hôpital pour une douleur violente, « on note une contraction utérine permanente ».

Cette contraction utérine avait déjà été constatée chez cette malade par un médecin que celle-ci avait fait appeler trois jours avant son transport à l'hôpital alors qu'elle se plaignait de douleurs dans l'abdomen. L'examen pratiqué à l'hôpital permit de constater à nouveau « *une contraction permanente de l'utérus* ».

Dans toutes les observations que nous avons rassemblées, on note le signe de la contraction permanente de l'utérus dès

les premiers examens ; signe qu'on retrouve aux examens ultérieurs. Chaque fois qu'il est constaté on se base sur sa constatation pour pratiquer une intervention chirurgicale et on trouve un appendice rempli de pus (Obs. VII), une appendicite gangréneuse (Obs. X) ; dans l'Observation N° III on enlève au cours de l'intervention un appendice qui semble sain. « A la suite de l'opération on pense avoir fait une erreur de diagnostic mais l'examen histologique pratiqué par le Docteur DURANTE a montré la réalité de la lésion appendiculaire. »

Ce signe est donc d'apparition précoce, de constatation facile, d'importance capitale au point de vue thérapeutique.

Il nous reste à l'étudier.

La contraction permanente de l'utérus, signe précoce de la liaison appendiculaire au cours de la gestation

HISTORIQUE

Si l'on consulte les travaux parus jusqu'à ce jour, c'est à PORAK et DANIEL, en 1903, qu'il faudrait attribuer la première constatation de ce signe (Thèse de SEGUY, 1926).

En réalité, il n'en est rien, car si nous nous reportons au texte (Ann. gyn. Obs., 1903, Tome LX), nous voyons que cette observation ne signale pas le symptôme, que les auteurs n'en font pas état et que seul peut-être M. PINARD dans la discussion à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie avec son grand sens clinique et son expérience a cru devoir rattacher à la lésion appendiculaire l'accouchement prématuré, en faisant la part de la contraction utérine, anormale dans la circonstance « puisque la survie du fœtus, dit-il, semble indiquer » que l'infection maternelle n'a pas retenti sur le fœtus ».

En 1905, dans le bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, page 282, TISSIER et LEMELAND rapportent l'observation d'une femme qui, au cours d'une péritonite aiguë, a été accouchée à la Maternité de la Charité, après avoir pendant plusieurs jours présenté des signes de travail, qui dans plusieurs maternités n'avaient pas nécessité son admission. Les auteurs ne font pas état des signes douloureux utérins constatés au cours de l'observation, mais cette constatation permettra ultérieurement par réminiscence et comparaison, la constatation de ce signe si important, de la contraction permanente de l'utérus au cours de l'appendicite pendant la grossesse.

En 1921, PERY, ROCHER et FAVREAU rapportent à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux une observation où ils signalent un utérus « continuellement contracté, très douloureux, le fœtus s'agite perpétuellement ».

La contraction utérine est **constante**, la dureté ligneuse du corps, du col, fait penser à une **hémorragie** retro-placentaire.

Le syndrome utérin domine la scène. Les douleurs abdominales sont si violentes qu'on fait prendre 20 gouttes de laudanum à la malade et on lui met de la glace sur le ventre.

Mais le diagnostic d'appendicite n'est pas fait opérativement puisque c'est par colpotomie que l'évacuation du pus péritonéal a été faite.

Dans l'argumentation qui suit cette communication, PERY, ROGER et FAVREAU interprètent de la manière suivante le signe de la contraction permanente de l'utérus.

« Par conséquent, sans grand fracas, une collection volumineuse se développe dans le pelvis d'une femme enceinte
« de 5 mois, collection putride en rapport avec une gangrène
« de l'appendice, **elle fait remonter dans l'abdomen l'utérus**
« **gravide et c'est ce dernier qui par ses contractions doulou-**
« **reuses, répétées, absorbe presque toute la symptomatologie**
« **de l'affection faisant même songer à une hémorragie rétro-**
« **placentaire (dureté ligneuse, etc.).**

« Le toucher vaginal a donc imposé le diagnostic et guidé
« le bistouri. »

Et dans leurs conclusions, ces auteurs écrivent : « En présence de phénomènes douloureux, fébriles, développés dans
« le bas ventre d'une femme enceinte avec peu de réaction
« péritonéale, avec au contraire forte réaction de côté de l'utérus, contracture, rigidité, douleur, il conviendra de songer,
« même en l'absence de tout point classique, à l'idée d'appendicite. »

Dans la discussion, MM. LACOUTURE, BEGOUIN, se sont demandés si dans la circonstance, on ne pouvait pas hésiter entre le diagnostic de salpingite et d'appendicite, puisque la vérification de la lésion n'avait pas été faite.

C'est là la première constatation véritable du signe de la contraction permanente de l'utérus au cours de l'appendicite. Il est vrai que c'était au cours d'une péritonite aiguë, dont l'origine n'est pas constatée, mais le fait lui-même est signalé et des conclusions en sont tirées.

En 1926, LEMELAND et RISACHER rapportent à la Société

d'Obstétrique et de Gynécologie, sous le titre « CONTRACTION UTERINE ACCOMPAGNANT LES SYNDROMES PERITONEAUX ET EN PARTICULIER L'APPENDICITE », quatre observations qui figurent dans cette thèse, sous les numéros III, IV, V, VI, et insistent sur l'indication opératoire formelle que donne la constatation de ce signe.

Dans une leçon faite à la Clinique TARNIER, en 1927, M. le Professeur BRINDEAU (Leçons du jeudi soir à la Clinique TARNIER, 1927, p. 247) s'exprime de la manière suivante : *Appendicite au cours de la grossesse.*

« Un autre signe qui est plus particulier : c'est la défense utérine.

« Une femme enceinte de 7 à 8 mois souffre de douleurs violentes dans l'abdomen. On l'examine et on trouve son utérus dur comme du bois. Cette femme a-t-elle une hémorragie retro-placentaire ? Dans certains cas, c'est de l'appendicite. Il semble, en effet, que dans quelques observations l'appendicite provoque une contracture de l'utérus : celle-ci est donc assez importante quand vous trouvez par ailleurs des signes d'appendicite (LEMELAND).

« Je me rappelle voir vu en ville une femme que j'avais examinée à plusieurs reprises pour des douleurs utérines violentes. L'organe étant toujours en état de tension et très difficile à délimiter. Je pensai à une grossesse extra utérine de 5 à 6 mois d'après les règles. J.-L. FAURE a ouvert l'abdomen, il a trouvé une grossesse utérine et derrière l'utérus dans la fosse iliaque il a trouvé l'appendice absolument plié et certainement malade. La femme, une fois opérée, a été guérie de ses troubles et a continué sa grossesse. Il faut donc savoir que la contracture de l'utérus peut accompagner l'appendicite. »

En 1927, également SEGUY dans sa thèse accorde quelques lignes au symptôme et surtout rapporte la très intéressante observation de CATHALA (voir Obs. N° XV), où le diagnostic fut hésitant entre appendicite et hématome retroplacentaire. Il consacre dans son texte et non dans ses conclusions à la contraction permanente de l'utérus les lignes suivantes : « Le

« symptôme est difficile à interpréter, il ne paraît pas spécial
« aux appendicites simples, mais semble plutôt symptomatique
« de péritonite généralisée quelle qu'en soit la cause. »

« Rien ne prouve d'ailleurs qu'il ne traduise pas le début
« d'un travail pathologique déclenché par les accidents péri-
« tonéaux et dont le premier signe serait cette contracture. »
(SEGUY, thèse Paris 1927, page 24).

VIGOUROUX, thèse de Bordeaux, 1928-29, signale page 27 le signe de la tension de l'utérus gravide, le discute en quelques mots, n'en fait pas état dans son étude de l'appendicite torpide, et dans ses conclusions ne le signale pas. Et cependant c'est dans cette thèse que nous trouvons les observations intéressantes de Marc RIVIÈRE, que nous rapportons plus loin (Obs. XIX et XX).

Enfin, LEMELAND, dans la *Médecine Internationale Illustrée*, mai 1929, signale le signe de la contraction utérine comme un signe d'une grosse valeur et comme une indication opératoire formelle.

En 1929, SZYLAGHI Ladislav, à la suite de l'article de LEMELAND dans la *Médecine Internationale Illustrée*, recueille dans le service de la Maternité de Paris, sous la Direction du Docteur LEMELAND, assistant du Professeur RUDAUX, les Observations déjà signalées, en fait le sujet de sa thèse en y ajoutant l'observation de ROSENSTEIN, de Breslau (voir Observation N° XIV) signalant « la matrice contracturée d'une façon permanente et dure comme la pierre ».

Dans un des chapitres de cette thèse reprenant les conclusions déjà formulées au cours des communications précédentes et principalement de celle de LEMELAND et RISACHER, il montre la fréquence du signe de la « contracture permanente » de l'utérus, en fait une étude clinique et conclut : « Le signe de la contracture douloureuse de l'utérus qui s'est toujours manifesté dès le début aurait pu être d'une utilité remarquable pour imposer le diagnostic si on avait pu évaluer sa valeur comme dans notre Observation N° III. »

« Il est donc de notre devoir de multiplier les observations concernant ce signe précieux qui est susceptible de
« nous rendre les plus grands services et de sauver la vie de

« maintes femmes et enfants qui, sans lui, seraient fatalement voués à la mort. »

Enfin, dans la troisième conclusion de cette thèse, présidée par le Professeur BRINDEAU, cet auteur écrit : « La symptomatologie de l'appendicite gravidique est constituée objectivement par des signes péritoneaux le plus souvent trompeurs d'une part, et d'autre part par les réactions de l'utérus gravidique consistant en contractures durables et douloureuses permanentes ou pouvant survenir à plusieurs reprises, se traduisant par une tension douloureuse de la matrice, dont la valeur est indiscutable en faveur du diagnostic de l'appendicite. Le signe est d'autant plus précieux qu'il est toujours précoce et se manifeste dès le début de la crise, qu'il est facilement perceptible par la simple palpation de l'abdomen et par le toucher vaginal. » (SZYLAGHI Ladislas, thèse 1929, Paris, pages 49-50.)

En 1930, BOHLER rapporte, à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Strasbourg, deux observations d'appendicite et dans l'une d'elles il signale, sans plus, « un utérus fortement contracturé et dévié à gauche, correspondant à la taille d'une grossesse de 8 mois ».

En 1935, MOUTHON (Thèse de Paris, 1935), isole une forme avec contracture utérine marquée. Mais sur ce point ne donne comme argument que les faits rapportés par M. BRINDEAU dans sa leçon clinique faite à TARNIER en 1927 et que nous avons signalée précédemment. Mais page 73, il écrit : « Un signe particulier embrouille le diagnostic comme nous l'avons vu précédemment : la défense utérine. »

Se basant sur l'Observation de LEMELAND (voir Obs. VII) il ajoute « la contracture utérine permet quelquefois de porter le diagnostic d'appendicite pendant la grossesse ».

Telle est rapidement résumée l'histoire de la question. Le symptôme est signalé, certains auteurs lui accordent de l'importance : lui a-t-on donné toute sa valeur et son interprétation est-elle exacte ?

Possédant quelques observations nouvelles inédites, il nous a paru, en les joignant aux précédentes, qu'il nous était possible de répondre à ces questions. C'est à la lueur de ces

observations anciennes et nouvelles que nous allons essayer d'étudier ce signe :

- 1° Dans ses manifestations cliniques.
- 2° Au point de vue de son diagnostic différentiel.
- 3° Au point de vue de sa pathogénie.
- 4° Au point de vue des indications thérapeutiques qu'il fournit.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

1° *Dans ses manifestations cliniques.*

Une femme présente des symptômes plus ou moins accusés de troubles digestifs, douleurs, nausées, vomissements, contipation, fièvre, etc., très variables, nous y avons déjà insisté précédemment. Mais, en même temps et dans toutes les observations que nous rapportons, on constate du côté de l'utérus gravis, la contraction permanente. Celle-ci est décrite de la manière suivante dans la thèse de SZYLAGHI Ladislav, pages 23-24.

« Dans certains cas l'utérus devient d'une dureté ligneuse
« facilement appréciable par le toucher vaginal combiné à la
« palpation de l'abdomen, ou par le palper abdominal seul,
« dans les derniers mois de la grossesse.

« Cette dureté peut être tellement marquée qu'elle fait
« songer quelques fois à une hémorragie retro-placentaire,
« d'autant plus que la palpation de l'abdomen est très doulou-
« reuse dans les deux cas. Mais dans le cas d'appendicite,
« l'utérus garde sa forme et son volume normaux.

« Dans d'autres cas, l'utérus n'est pas aussi dur mais pré-
« sente une tension spéciale permanente ou survenant par pé-
« riodes plus ou moins espacées, tension consécutive à des
« contractures utérines répétées, ou à une tétanisation presque
« permanente du muscle utérin avec des recrudescences de
« temps en temps. Ces contractures sont plus ou moins dura-
« bles et fort douloureuses. Elles peuvent en imposer pour un
« début de travail, d'autant plus que les réactions péritonéales
« peuvent rester minimales et passer inaperçues. Les multipares
« perçoivent souvent subjectivement ces contractions doulou-
« reuses comme des tranchées gravidiques ou coliques de tra-
« vail (RUDAUX).

« Cependant le toucher fait percevoir un col nullement
« dilaté : signe qui permet d'affirmer qu'on est en présence
« d'un faux travail traduisant la défense utérine en rapport
« avec une appendicite en évolution, dont il faut, en pareil
« cas, rechercher soigneusement les autres symptômes.

« Ce signe de la contracture permanente et douloureuse
« de l'utérus qui peut survenir à plusieurs reprises mérite d'être
« retenu en raison de sa netteté et de sa facile constatation.

« Dans l'observation numéro 2, il a prédominé pendant
« toute la durée du travail alors que les symptômes appendi-
« culaires étaient estompés. La tension utérine fut tellement
« marquée pendant toute la période d'expulsion qu'elle gêna
« considérablement l'auscultation des bruits du cœur fœtal.

« On est même autorisé à se demander si cette hyper-
« tension n'était pas responsable de la mort du fœtus d'autant
« plus qu'à la rupture des membranes, le liquide amniotique
« était fortement teinté de méconium.

« Après l'expulsion, la contracture persista et fut assez
« marquée pour empêcher la délivrance de se faire spontanée-
« ment.

« Le lendemain, quand les phénomènes appendiculaires
« se précisaient, l'utérus était toujours dur, contracté et très
« douloureux au palper.

« Dans l'Observation numéro 3, rapportée également par
« M. LEMELAND, fort de l'expérience antérieure, la constatation
« de cette tension anormale lui a permis en quelque sorte de
« confirmer le diagnostic alors que les symptômes étaient en-
« core discrets. » (SZILAGHI Ladislas, thèse Paris, 1929.)

Nous retrouvons le même signe dans toutes nos observa-
tions.

Ce signe constaté isolément n'a qu'une valeur relative.
mais il prend toute son importance du fait qu'il est accompagné
d'autres phénomènes surtout des troubles digestifs ou des réac-
tions péritonéales.

Il est précoce : Observation VII, où les signes généraux
sont absolument nuls.

Obs. XI : Un seul vomissement, de la constipation, tem-
pérature 37°3, pouls 80.

Obs. X : Appendicite chronique, troubles digestifs répétés, douleurs abdominales, mais température normale, pouls normal, à 80, etc.

Il est constant.

On peut l'observer sous deux formes : sous la forme de contraction permanente simple, indolore. Obs. VII, Obs. X.

C'est le cas de grossesses jeunes en général, on constate un utérus qui ne se relâche jamais, perpétuellement tendu.

Sous la forme de contraction permanente douloureuse surtout dans le dernier tiers de la grossesse. Obs. III, VI.

Alors cette contraction permanente simule le travail, mais on ne constate pas de modification du col utérin ou bien l'effacement et la dilatation progressent avec une lenteur extrême, observation IX, même chez la multipare (Obs. II).

Dans ces cas ces douleurs font penser au travail, mais c'est un travail tout à fait anormal : et c'est l'association de légers troubles digestifs et de ce travail qui n'avance pas, et la contraction permanente qui fait faire le diagnostic.

Tel est le symptôme : il semble être constant, il est facile à constater et nous nous permettons de penser que les observateurs qui ne l'ont pas signalé, ont été trompés par l'existence des accidents graves, péritonéaux, qui au bout d'un certain temps vont venir dominer la scène. Mais c'est là un signe précoce comme nous l'avons signalé plus haut et qui doit permettre d'éviter l'apparition de ces accidents graves, le plus souvent irrémédiables, car il est incontestable que dans tous les cas où l'indication opératoire a été basée sur la constatation de ce signe, l'évolution des lésions était fatale vers la gangrène appendiculaire et la péritonite consécutive si l'on n'était pas intervenu (Obs. VII, VIII, X), et que toutes les fois où malgré la constatation de ce signe on a tardé à intervenir on a constaté la gangrène et la péritonite. (Obs. XV, IX.)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

2° *Au point de vue de son diagnostic différentiel*, peut-on confondre cette contraction permanente utérine avec une tension permanente analogue, d'autre nature ?

Peut-être, mais cependant :

Le *travail d'accouchement* s'accompagnant de réactions

digestives ? Vomissements bilieux, etc. ? mais là, la contraction n'est pas permanente, il y a des alternatives de relâchement, la contraction utérine est intermittente et aux périodes douloureuses succèdent des périodes de repos. VIGOUROUX (thèse, p. 31), insiste sur la confusion possible de cette contracture utérine avec un début de travail d'avortement ou d'accouchement et s'exprime ainsi :

« La température s'élève, mais on la met trop facilement
« sur le compte du travail ou d'une affection utérine surajou-
« tée s'il s'agit d'avortement ; on fait un toucher, et trop faci-
« lement, surtout si l'utérus est en contracture on croit trouver
« un col légèrement effacé. Erreur de diagnostic grave, car il
« fait perdre un temps précieux, et qu'il est souvent trop tard
« d'intervenir lorsqu'apparaissent les signes d'une péritonite
« généralisée, les observations de Pinard, Hartmann et
« Legrand, celles de Chaput et de Ségué, soulignent cette
« erreur de diagnostic. »

L'hémorragie *retro-placentaire*, qui donne cette tension permanente de l'utérus bien connue, mais qui s'accompagne si souvent de la douleur subite et violente avec augmentation de volume brusque de l'utérus, qui est associée si fréquemment au syndrome d'hémorragie interne sans compter que fréquemment aussi on a une hémorragie externe et qui, dans la plupart des cas est constatée chez des femmes albuminuriques et présentant le tableau de l'éclampsie. Sans doute, dans l'Observation XV a-t-on trop hésité sur la discussion de ce diagnostic : le cas était peut-être un peu particulier et seule l'augmentation un peu anormale du volume de l'utérus explique cette hésitation. Mais à tout prendre est-ce là un diagnostic si important à discuter puisqu'aujourd'hui l'accord semble s'être fait sur la thérapeutique opératoire de l'hémorragie *retro-placentaire* et, qu'en somme si hésitation il y a, c'est bien plutôt sur le point de savoir si on fera l'incision de l'abdomen sur la ligne médiane ou dans la fosse iliaque droite.

Ajoutons même que dans certains cas où avec un diagnostic exact, basé sur ce signe, on a opéré une appendicite par la fosse iliaque droite on a dû reprendre la ligne médiane pour terminer l'opération (Obs. X).

Quant au diagnostic avec l'*hydramnios aigu*, nous n'y insistons pas, le tableau clinique est trop différent.

Donc nous pouvons conclure que ce signe en lui-même suffit à orienter le diagnostic et que c'est par l'analyse complète des signes concomitants que, comme toujours, le diagnostic sera posé d'une façon définitive.

PATHOGENIE

3° *Au point de vue de sa pathogénie.*

Si nous reprenons les hypothèses émises par les différents auteurs, nous voyons que pour la grande majorité d'entre eux, sinon pour tous, la contraction permanente de l'utérus est liée à une péritonite plus ou moins aiguë.

PERY ROCHER et FAVREAU, voir ci-dessus page 30, l'attribuent à l'ascension de l'utérus provoquée par la collection purulente abdominale.

Pour SEGUY, « ce symptôme est difficile à interpréter, il ne « paraît pas spécial aux appendicites simples, mais semble plutôt « tôt symptomatique de péritonite généralisée quelle qu'en « soit la cause.

« Rien ne prouve d'ailleurs qu'il ne traduise pas le début « d'un travail pathologique déclenché par les accidents péri- « tonéaux et dont le premier signe serait cette contracture « utérine. » (SEGUY, thèse Paris, 1927, p. 24.)

De même pour VIGOUROUX (Thèse Bordeaux, 1928-29, p. 28).

Ces interprétations ne paraissent pas correspondre exactement aux faits que nous rapportons. Sans doute dans tous les cas il y a lésion appendiculaire. Dans nombre d'entre eux, il y a lésion péritonéale. (Obs. II, V, X, XII), etc.

Mais l'interprétation devient plus difficile quand on lit l'Obs. VII où l'on trouve « un appendice surdistendu par le pus », Obs. III « à l'ouverture du ventre le péritoine apparaît sain ».

Le péritoine est resté sain : il n'y a pas trace de lésion péritonéale.

Tous ces cas ont comporté l'appendicectomie sans drainage.

Dans d'autres cas la réaction péritonéale était évidemment amorcée. (Obs. XI, XIV.) Et ceci tendrait à montrer que le retentissement de la lésion appendiculaire sur l'utérus accompagne le **tout début de l'évolution des lésions appendiculaires et que c'est bien là un signe d'une précocité extrême dont la valeur comme indication opératoire est considérable.**

Mais ce signe est-il spécial à l'appendicite ?

Ceci nous semble peu probable, mais les faits que nous avons à ce sujet sont contradictoires ; dans une observation de LEMELAND et SCEMLA (Obs. IV), ce signe accompagnait un kyste de l'ovaire droit tordu et suppuré.

Par contre, MOUTHON, dans sa thèse, rapporte l'observation N° III, p. 117, où le diagnostic d'appendicite ou de salpingite porté, alors que l'utérus n'était pas contracté « *au toucher l'utérus était mou* », fut reconnu inexact, il s'agissait d'un ovaire kystique.

Mais cela en réalité n'a qu'une importance relative, il est bien probable que les suppurations des autres organes abdominaux ou pelviens provoquent ce même symptôme, mais alors la conduite à tenir reste la même et le symptôme garde sa valeur.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

4° *Au point de vue des indications thérapeutiques qu'il fournit.*

Et ceci nous amène à poser les conséquences logiques au point de vue thérapeutique de la constatation de ce signe.

Il commande indiscutablement l'intervention chirurgicale à condition naturellement d'être accompagné d'autres symptômes comme nous l'avons dit plus haut : à lui seul il ne saurait déterminer l'intervention.

Mais sa constatation, même isolée, doit nous mettre en position d'alerte et nous faire guetter l'apparition du premier symptôme soit digestif, soit autre qui déterminera alors l'intervention immédiate.

OBSERVATIONS

OBS. I.

PERY, ROCHER et FAVREAU (*Bull. Soc. Obst. Gynéc.*, Paris 1921).

Mme J.B., âgée de 22 ans, secondipare D.R., 22 au 28 fév. 1930. Le 4 août, au réveil, la malade est prise de violentes douleurs dans le flanc droit, qui l'obligent à s'aliter.

L'examen ne peut révéler rien autre chose qu'une douleur diffuse perçue dans la fosse iliaque droite se propageant le long de l'uretère vers la vessie.

Les contractions utérines sont fréquentes, les mouvements de l'enfant constants.

Diagnostic hésitait entre infection intestinale et lésion rénale. Les jours suivants, simple pesanteur dans le bas-ventre. Malgré la défense, la malade se lève et mange comme à l'ordinaire.

Le soir du 8 août elle prend un purgatif. Le 9, après une nuit calme, au réveil, elle a une selle abondante à la suite de laquelle elle est prise de douleurs beaucoup plus violentes dans le flanc droit que celles du 4 août.

Douleurs comparables à celles de la dilatation au cours du travail. L'utérus est continuellement contracté, très douloureux. Le fœtus s'agite perpétuellement.

La contraction utérine est constante, la dureté ligneuse du corps et du col font penser à une hémorragie rétro-placentaire.

Le syndrome utérin domine la scène. Glace sur le ventre, laudanum. L'état général est mauvais, le facies grippé.

Le 14 août, on sent dans le Douglas une masse rénitente, donnant la sensation d'une hématocele rétro-utérine. Douleurs violentes; ventre ballonné.

On porte le diagnostic d'appendicite pelvienne avec collection suppurée dans le Douglas.

Le 16 août, colpotomie postérieure. Evacuation de 500 grammes de pus fétide. Drainage. Le matin, au réveil, violente réaction générale, frisson, — état syncopal. La crise ne dure qu'un quart d'heure, puis l'état s'améliore. La température tombe, le volume des urines augmente, les douleurs abdominales disparaissent.

La gestation suivit son cours. Accouchement à terme au début décembre.

OBS. II.

TISSIER et LEMELAND (*Bull. Soc. Obst.*, Paris 1905, page 282).

Il s'agit d'une femme enceinte près du terme qui, étant considérée comme en travail, fut envoyée de Baudelocque à la Charité et y succomba très promptement à une poussée suraiguë d'appendicite.

Mme S..., 29 ans, ménagère, octipare, envoyée à la Charité le 7 août

1905. Elle est enceinte de 8 mois environ. D. R. du 6 au 8 décembre 1904. Foetus mobile en O.I.G.A. Bruits du cœur normaux. Au toucher, col souple, déhiscent mais pas effacé. Membranes intactes, urines normales.

La femme est constipée, on constate un certain degré de météorisme abdominal. La malade accuse des douleurs vagues dans les reins, mais le ventre n'est pas douloureux.

On pense que la femme est en imminence de travail et on lui administre un lavement qui ramène beaucoup de matières et fait disparaître le météorisme.

Cependant le travail ne se déclenche pas.

Le lendemain, la malade présente des vomissements alimentaires et accuse toujours les mêmes douleurs dans les reins. Dans la soirée les vomissements sont plus abondants, le ventre légèrement météorisé.

On constate quelques *contractions utérines*, mais le col est toujours dans le même état que la veille.

Dans la nuit, vomissements bilieux, douleurs dans les fosses iliaques.

9 août 1905. Etat général aggravé. La femme est très dyspnéique, pouls à 132, température rectale 37°9, ventre très météorisé, surtout à l'épigastre.

Il est douloureux dans les flancs et les fosses iliaques. Les vomissements très abondants sont noirs, marc de café.

Au toucher le col est toujours dans le même état. Les bruits du cœur fœtal sont sourds et rapides.

En présence de ces signes, le diagnostic de péritonite aiguë généralisée est posé. On pense aussi à l'occlusion intestinale. A une heure de l'après-midi, on n'entend plus les battements du cœur de l'enfant.

M. Savariaud, chirurgien de garde, vient pratiquer l'intervention. Mais avant d'ouvrir l'abdomen, M. Tissier fait une dilatation forcée du col et au moyen d'une application de forceps, extrait un enfant mort du poids de 2 kg. 400 gr. La femme est immédiatement délivrée et aussitôt après la laparatomie est pratiquée.

On trouve une péritonite aiguë suppurée. Les annexes sont saines. On se borne à faire un large drainage abdominal sans rechercher l'appendice.

La malade succombe dans la nuit malgré les soins qui lui sont prodigués.

L'autopsie pratiquée le lendemain permet de constater la présence d'un appendice adhérent au cœcum, gangréné à son extrémité, obstrué par un calcul stercoral en son milieu et présentant une perforation au niveau de ce calcul.

Il est intéressant de noter que d'après les dires de la famille, et d'un médecin traitant, cette femme n'avait jamais présenté ombre de troubles intestinaux, encore moins de symptômes appendiculaires.

OBS. III

MM. LEMELAND et SCEMLA (*Maternité* 3.340 de 1924). — D. R., 5 mars 1924. - Primipare de 16 ans 1/2.

La gestation évolue normalement jusqu'au 25 novembre 1924, date à laquelle la femme entre à la Maternité. A son arrivée, elle présente des signes de travail : *contractions utérines*, douleurs dans l'abdomen. On

constate une présentation céphalique élevée, dos à gauche ; la palpation montre que *l'utérus est contracté* et on note une douleur plus intense du côté droit que du côté gauche.

La température est de 37°3. Le pouls bat aux environs de 100.

La femme reste dans cet état jusqu'au 28 novembre, mais la température s'élève à 38°3. *Les douleurs utérines sont un peu plus intenses et l'utérus est en état de tension permanente sans période de relâchement net.*

Le 29 apparaissent des symptômes nouveaux.

La femme a un vomissement et du côté de l'utérus le col commence à s'effacer. Le pouls s'accélère, l'état général semble plus touché ; on pense à une appendicite à cause de la douleur plus nette du côté droit que du côté gauche et des autres symptômes signalés.

À l'ouverture du ventre, le péritoine apparaît sain et la césarienne est faite sans la moindre difficulté.

Après la suture de l'utérus, on examine la région caeco appendiculaire, qui est un peu plus vascularisée que normalement mais ne présente aucune lésion macroscopique. On enlève l'appendice. On referme l'abdomen. Guérison sans incident.

À la suite de l'opération on pense avoir fait une erreur de diagnostic, mais l'examen histologique de l'appendice pratiqué par M. le Docteur DURANTE a montré la réalité de la lésion appendiculaire.

EXAMEN DE L'APPENDICE. — Très légère rougeur de l'extrémité de l'appendice, autrement d'aspect normal. En l'ouvrant on trouve dans son extrémité un calcul brun, dur muriforme, du volume d'un pois, allongé et non adhérent. Dans le reste de l'appendice, boue brunâtre.

EXAMEN DU CORPS ETRANGER. — Pépin de raisin, examen histologique. — Muqueuse : Infiltration générale diffuse, follicules clos très hypertrophiés, formant hernie à la surface entre les glandes écartées et semblant déverser des lymphocytes dans la cavité par désquamation. Ils sont fortement congestionnés et ecchymotiques par places. Sous les glandes et entre les follicules, traînées inflammatoires diffuses, quelques vaisseaux avec perivascularité.

Muscleuse et séreuse normales.

En un point, déchirure de la muqueuse correspondant dans le fond à une infiltration sous muqueuse farcie de microbes tandis qu'on n'en trouve pas dans la muqueuse elle-même.

En somme, la lésion appendiculaire nous paraît dans la circonstance avoir déterminé une irritation péritonéale suffisante pour amener la contraction permanente de l'utérus et le symptôme du faux travail que nous avons décrit.

OBS. IV

M. J. LEMELAND, *Maternité N° 1.387, de 1925 (Obs. 3).*

Femme de 24 ans, secondipare, dont la première gestation s'est terminée par un avortement.

Ses dernières règles sont du 18 septembre 1925. Cette femme avait présenté, vers le 7^e mois de sa grossesse, une menace d'accouchement prématuré, soignée à la maternité par le repos et l'opium. Elle était repartie chez elle, ne présentant aucun trouble et la gestation évolua de nouveau sans incidents.

Or, le 8 mai cette femme fut prise brusquement vers 16 heures, d'une violente douleur périombilicale accompagnée de tendances syncopales et elle se fit emporter d'urgence à la Maternité.

À son arrivée, on constate un état général grave.

La malade est cyanosée, les membres sont froids, sa respiration superficielle à 56 par minute accompagnée de battements des ailes du nez, on constate deux vomissements alimentaires, la langue est restée humide.

EXAMEN DE L'ABDOMEN. — L'abdomen ne respire pas, il est dur. *On note une contraction utérine permanente* avec légère défense de la paroi. Du côté droit, la palpation révèle une douleur assez marquée.

Il n'existe aucun signe de vie fœtale, la femme ne sent plus remuer son enfant depuis l'apparition de la douleur.

Les urines sont rares, mais ne contiennent pas d'albumine. La tension artérielle est de 10-7 au Pachou.

Il n'existe aucun signe d'éclampsisme.

Au toucher, le col est en voie d'effacement, mais ne présente pas le caractère du travail. On ne constate aucun écoulement. La température est 36°8, le pouls bat à 120. Le diagnostic hésite entre l'hémorragie retro-placentaire et péritonite aiguë, d'origine appendiculaire probable.

L'absence de signes d'éclampsisme, la douleur à droite, la défense musculaire, font penser plutôt à une lésion péritonéale et nous conduisent à intervenir par voie haute.

INTERVENTION. — M. Lemeland, assisté de M. Risacher.

Laparotomie médiane péri-ombilicale. Le péritoine est rempli de sérosité purulente. Extériorisation de l'utérus ; opération césarienne, suivie d'hystérectomie.

Le fœtus est mort. Ablation d'un kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu, kyste suppure qui se rompt au cours de l'ablation, mais que l'on enlève en totalité.

L'opération est rendue difficile par les adhérences. Drainage. Suites opératoires simples. Guérison.

EXAMEN DE LA PIECE, PRATIQUE PAR M. DURANTE.

L'ovaire gauche présente de nombreux petits kystes folliculaires, gros corps jaune gravidique.

Ovaire droit : surface péritonéale aiguë organisée, au niveau duquel on trouve des microbes, le reste de l'écorce ovarique est légèrement œdémateux. Le parenchyme ovarique serait normal sans la présence de quelques petits kystes folliculaires.

Kyste : Paroi formée essentiellement de cellules lutéiniques, identiques à celles d'un corps jaune, mais toute cette couche est déchiquetée et infiltrée par des éléments inflammatoires.

En résumé : kyste développé au dépens d'un corps jaune, et présentant dans sa paroi une réaction inflammatoire.

OBS. V

OBSERVATION DES DOCTEURS LEMELAND ET SAMSOEN. -
Maternité. - Obs. N° 94 de 1925.

Secondipare de 28 ans, entre à la Maternité le 11 novembre 1925, avec le diagnostic de menace d'avortement.

Une première gestation s'est terminée par un avortement de trois mois sans complications. Grossesse actuelle de 4 mois environ.

D.R. : du 13 au 18 juillet 1925.

Le 8 novembre, soit trois jours avant, la malade a été prise de douleurs dans l'abdomen et de coliques qu'elle attribue à une congestion.

Elle a présenté pendant ces trois jours des nausées, des vomissements et une constipation complète. *Un médecin constate des contractions utérines*, fait le diagnostic de menace d'avortement et envoie la malade à la Maternité.

A ce moment les vomissements ont cessé, le pouls est à 108°, la température de 37°6, et il ne persiste qu'une douleur vague généralisée à tout l'abdomen avec maximum au creux épigastrique.

Facies calme, normalement coloré. Respiration accélérée à 34. La femme urine normalement et les urines sont normales.

On ne constate aucun écoulement utérin. Le ventre est uniformément ballonné, mais soulevé légèrement par des mouvements respiratoires dans sa partie supérieure.

La région sous-ombilicale ne respire pas. Au palper, on constate *une tension de toute la région sous-ombilicale* égale des deux côtés, mais la palpation est plus douloureuse à droite qu'à gauche.

Les muscles abdominaux légèrement tendus permettent de constater *une contraction permanente de l'utérus* qui est d'une *dureté ligneuse*, et dont le fond affleure l'ombilic. La percussion ne donne aucun signe particulier.

Le toucher montre un col perméable mais non effacé.

Les culs de sacs vaginaux sont douloureux. La femme est mise en observation avec de la glace sur le ventre. Le lendemain, 12 novembre, l'état est le même. Pas de vomissements, facies normal, langue humide, mais le pouls s'est accéléré à 120, respiration 36, même état de l'abdomen, *utérus toujours contracté en permanence*. Le col tend à s'effacer.

Vers midi, un vomissement bilieux se produit. Le pouls s'accélère à 130. La respiration à 40. *Utérus toujours contracté*.

INTERVENTION. — Docteur Lemeland, assisté de M. Samsoën. Laparatomie médiane.

On constate une péritonite généralisée avec très peu de liquide, péritonite plastique, adhérences nombreuses de l'utérus que l'on libère difficilement. Pour pouvoir explorer l'abdomen, on est obligé de pratiquer l'hystérectomie subtotale ; celle-ci étant faite, on va à la recherche de l'appendice que l'on découvre difficilement dans un bloc d'adhérences épiploïques et intestinales qu'on doit doucement libérer. L'appendice gangrené est reséqué par la méthode habituelle. Drainage. Suites opératoires très simples, sans complications. Voici l'examen de l'appendice fait par le Docteur Durante.

Muqueuse, portion ulcérée. Fusées inflammatoires de la sous-muqueuse. En dehors foyer de péritonite récente et près du hile, irritation ancienne (cellule fusiforme). Fond de l'appendice obstrué par des lésions inflammatoires jeunes, par du pus. Destruction d'une grande partie de la muqueuse. On n'a pas trouvé de microbe.

OBS. VI

OBSERVATION DES DOCTEURS LEMELAND ET SCEMLA, 1924.

Primipare de 21 ans, dont la gestation a évolué sans incidents.

D.R. : 23 janvier 1924 jusqu'au 13 octobre.

Ayant alors de petites douleurs, la femme est admise à la Maternité en observation.

Gestation au terme de 8 mois 1/2. Col long, fermé. Température de 38°6. On constate une amygdalite. Le travail ne se déclenchant pas, et les douleurs diminuant, la malade est passée à l'infirmerie. Dans la nuit, les douleurs réapparaissent et le col s'efface.

Le 14 au matin, la femme est transportée à la salle de travail, les douleurs sont très fréquentes et *rapprochées, l'utérus est tendu d'une façon presque continue* et le col n'est pas dilaté. Température 38°.

Toute la journée on observe une *contraction permanente de tout l'utérus* et à 17 heures on trouve encore un col sans dilatation.

La palpation de l'utérus, même légère, est très douloureuse. Dans la soirée les douleurs utérines augmentent encore d'intensité et cette fois la dilatation progresse très rapidement ; les membranes se rompent à 19 heures et à 21 heures la femme accouche spontanément d'un enfant qui ne peut être ranimé.

Après l'accouchement, l'utérus reste très contracté et douloureux. La délivrance à 23 heures ne s'est pas effectuée. Il n'y a pas d'hémorragie, mais l'état général ne s'est pas amélioré. La température est de 39°6. Le pouls est à 160. La dyspnée déjà constatée a augmentée avec légère cyanose. On pratique la délivrance artificielle. L'utérus rétracté forme un bloc très dur et douloureux au palper. Dans les heures qui suivent, aggravation rapide : dyspnée intense, point de côté sous mammelonnaire droit, bas, situé au niveau des fosses côtes qui fait rechercher l'existence d'un foyer pulmonaire qui n'est pas décelé par l'examen clinique.

Température à 40°. Frissons et sueurs.

Langue sèche, rotie pulgineuse.

L'abdomen est resté souple. Le lendemain matin apparaissent des signes plus nets de localisation péritonéale.

Ballonnement abdominal avec défense musculaire assez nette du côté droit du ventre.

Facès grippé, état nauséux, avec vomissements bilieux. On intervient immédiatement.

L'ouverture latérale droite de l'abdomen donne issue à un liquide louche, fétide, abondant. L'appendice facilement retrouvé est violacé. On procède à son ablation et on referme la paroi.

La femme meurt six heures après. L'autopsie montre une péritonite généralisée avec fausses membranes au niveau du point d'implantation de l'appendice sur le cœcum.

OBS. VII

LEMELAND, in *Médecine Internationale Illustrée* (Mai 1929).

Femme enceinte de trois mois, pas de trouble de gestation. La température quotidienne oscille de 36°8 à 37°2.

Un soir, le mari, médecin, constatant 37°7 avec une légère sensibilité dans la fosse iliaque droite, nous appelle avec un de nos maîtres, chirurgien.

Rien ne permet de faire un diagnostic, sauf la contracture utérine.

Mise en observation, la malade présente le lendemain un état normal :

température 36°8, pouls 80, légèrement accéléré sur l'habitude (70) et la même contraction utérine.

Ceci décide à pratiquer l'opération.

On trouve un appendice surdistendu par le pus. Sa paroi est réduite à l'état de pelure d'oignon, et enlevé avec précaution ; il se rompt quand on le met sur le plateau : il contenait un verre à liqueur de pus.

Guérison et la grossesse va à terme.

OBS. VIII

LEMELAND, in *Médecine Internationale Illustrée*.

Femme enceinte de 5 mois 1/2, aucun trouble, se rend à 2 heures de l'après-midi chez son médecin, qui lui fait un traitement anti-spécifique, et revient chez elle à pied.

A 5 heures, elle me fait appeler pour une violente douleur abdominale. Je constate tous les symptômes d'une péritonite aiguë et une contraction permanente de l'utérus.

Nous opérons d'urgence et nous trouvons un appendice tuméfié en voie de gangrène.

Ablation, guérison La grossesse va à terme.

OBS. IX

OBS. DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE DOCTEUR DIDIER.

Mme X..., *primipare*.

D.R. 12 avril. — A eu quelques vomissements le 22 avril. Le 4 juillet 1929, utérus gros comme 3 mois, col long, vaginite granuleuse, leucorrhée, œdème pré tibial.

Le 4 novembre, douleurs à forme de coliques.

Le 6 on note un utérus contracturé avec douleurs diffuses, mais plus marquées à droite, dans la fosse iliaque droite.

Le 7, température 37°3, pouls 120 ; l'utérus est toujours en état de contraction permanente ; pas de vomissement.

Intervention, césarienne, hystérectomie, appendicectomie : appendice gangrené à la base et perforation. Mickulitz.

Très bonnes réactions générales et locales.

Décès le 4^e jour, dû à l'insuffisance hépatique et cardiaque.

OBS. X

HOPITAL TENON. - Service du Docteur LEMELAND.

Observation inédite.

Mme H... Maria, 34 ans.

Entrée dans le service le 7-11-35 pour des douleurs abdominales, survenant au cours de l'évolution d'une grossesse par ailleurs normale.

Il s'agit d'une multipare.

Dernières règles du 5 au 10 mai 1935.

Depuis qu'elle est enceinte, à intervalles réguliers, la femme a présenté des *petites crises douloureuses* à type de coliques siégeant dans tout l'abdomen, mais principalement dans la fosse iliaque droite.

Ces douleurs s'accompagnent de *vomissements irréguliers*, peu abon-

dants, bilieux et non alimentaires, de nausées, mais la température est toujours restée normale.

Tous ces signes disparaissent au bout de 34 à 48 heures.

Antécédents : rougeole, coqueluche, scarlatine. 5 enfants : les deux premiers à terme, 10 ans, 8 ans 1/2, nourris au biberon, pas de lait chez la mère ; 3^e avant terme (à 5 mois), mort après 24 heures ; 4^e avant terme (à 6 mois), mort érysipèle à 3 semaines ; 5^e à terme, mort à trois semaines, convulsions.

La femme entre dans le service pour une *crise douloureuse plus violente que les précédentes*, durant depuis le 4 novembre 1935. Douleurs dans tout l'abdomen, mais prédominant dans la fosse iliaque droite.

Vomissements chaque jour. A deux reprises, la malade rejette ce qu'on lui donne (potage).

Constipation. Bouche sèche.

EXAMEN : Malade pâle, abattue. — Langue sèche, saburrale.

Utérus à une taille correspondant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Fait caractéristique, il est en état de contraction, de tension permanente, empêchant toute palpation profonde.

Pas de contracture abdominale.

Légère défense au niveau de la F.I.D. d'où l'on éveille une douleur un peu plus vive à la pression profonde, mais mal localisée.

Par ailleurs la température est absolument normale.

Pouls normal : 80.

Le 9 novembre, toujours pas d'élévation thermique, pourtant l'état général est moins bon. Pâleur très accentuée, langue très sèche, rôtie, langue de perroquet. *Toujours utérus contracté.*

Rien d'autre.

On décide une intervention pour appendicite.

Intervention le 10 novembre 1935.

Incision latérale droite.

On trouve dans la fosse iliaque droite une péritonite.

A l'ouverture du péritoine : liquide séro-purulent, mais l'utérus gravide empêche toute exploration de la région.

On passe par voie médiane sous-ombilicale. Trompe droite friable, violacée, se déchirant sous le doigt.

Hystérectomie après extériorisation de l'utérus. Péritonisation.

On examine alors la fosse iliaque droite. Appendicite gangréneuse : appendice rétro-cœcal enfoui dans un magma d'adhérences gangrenées.

On en enlève ce que l'on peut et on péritonise le mieux possible.

Tous les tissus se déchirent, on arrive cependant à une péritonisation convenable.

Mickulitz avec drain par plaie médiane.

Bronze en un plan.

Mèche et drain par plaie latérale.

Bronze un plan.

Le lendemain, température 38°4, qui redescend les jours suivants, atteignant la normale le troisième jour après l'intervention.

Le troisième jour, ablation d'une mèche médiane et du drain latéral.

Suppuration de la paroi au niveau de la partie inférieure de l'incision médiane.

Température les jours suivants : 37°8, 38°6. Tous les jours sérum glucosé rectal. Gaz le 2^e jour, pas de vomissements, urines régulières.

Deuxième mèche enlevée le sixième jour.

Le 5^e jour, le soir, 38°8.

Le lendemain, 39°4

Foyer pulmonaire base gauche.

Ventouses, sinapismes.

Température à 38° le lendemain, à 37° le surlendemain. Ablation du Mickulitz le 8^e jour après l'intervention ; depuis, température 37°, 37°5.

En bonne voie de cicatrisation.

Pas de fistule stercocale.

OBS. XI

OBSERVATION INEDITE (M. le Dr. LEMELAND).

Le 15 avril 1933, je fus appelé par mon interne, le Docteur Prost, pour examiner à Vincennes, Mme P..., chez laquelle il redoutait une appendicite au cours de la grossesse.

Il s'agissait d'une jeune femme de 20 ans I-geste au septième mois de sa gestation et qui brusquement le matin avait ressenti quelques coliques surtout à droite et qui présentait une constipation opiniâtre. La température était à 37°3 le poulx à 80. Vers midi, elle eut un vomissement bilieux. La douleur abdominale s'accrut plus marquée du côté droit, mais sans localisation précise.

Depuis le matin, le Docteur Prost avait constaté une contracture utérine permanente non douloureuse. Pas de signe de travail.

C'est en présence de ces symptômes qu'il me fit venir et vers 17 h. j'ai pu constater exactement les symptômes signalés plus haut. Je fis le diagnostic d'appendicite et conseillai l'opération d'urgence.

Celle-ci fut pratiquée à 18 heures. La laparotomie latérale nous permit d'arriver sur un appendice tuméfié du volume d'une petite banane prêt à se sphacéler et entouré déjà d'une zone de réaction péritonéale. L'extraction faite sans difficulté. Drainage. Suites banales pendant 12 jours. Le treizième jour, l'opérée entre en travail et met au monde un enfant de 1.800 grammes qui fut élevé.

La mère et l'enfant quittèrent la Maison de Santé en bon état le 30 mai 1933.

OBS. XII

SZILAGHI Ladislav. Obs. 5, relevée dans le service du Prof. RUDAUX (Maternité de Paris).

Appendicite à chaud. — Accouchement prématuré au septième mois, vingt-cinq jours après le début. Mort le 12^e jour des suites de couches.

Mme Henriette B..., primipare de 19 ans. Rien dans les antécédents.

Grossesse actuelle : D.R. 10 novembre. Troubles sympathiques. Evolution normale, plusieurs consultations.

Le 8 avril, la malade ressent quelques douleurs, fait appeler le médecin qui ordonne des injections et lavement laudanisé.

11 avril : la malade continue à souffrir. Le médecin fait une piqûre et envoie la femme à la Maternité.

12 avril, 2 heures : dirigée à l'isolement avec une température à 39°

et poulx à 120 ; on trouve que *l'utérus est contracté* remontant à 20 cm. au-dessus de la symphyse très sensible au palper. La grossesse est donc de 5 mois environ. Les bruits du cœur sont imperceptibles, le col est presque effacé, mais l'orifice externe est à peine perméable.

9 h. 30. Utérus toujours contracté et douloureux. La malade accuse une douleur spontanée constante.

10 h. 30. Au toucher le col est très en arrière à peine perméable au doigt.

Palper très douloureux ; on délimite difficilement un utérus assez dur mais se relâchant franchement par intervalles.

Le fond remonte à deux doigts au-dessus de l'ombilic. L'abdomen est contracturé davantage au niveau du flanc gauche qui est nettement mat.

Sensation vague à ce niveau de tuméfaction profonde. La palpation postérieure des reins n'est pas douloureuse. Pas de nausée, mais constipation depuis 4 jours. On pense à la possibilité d'obstruction intestinale ou tumeur juxta utérine gauche. Lavement glacé.

12 avril, 16 heures · Vomissements verdâtres, température 37°3, poulx 128 ; on décide l'intervention.

18 h. 30. A l'ouverture du péritoine, issue d'un liquide séro-purulent abondant. L'appendice est violacé, ecchymotique. Son ablation est suivie d'un lavage à l'éther et de drainage. La malade est mise en position assise dans son lit. Huile camphrée, morphine.

Suites opératoires bonnes, la grossesse poursuit son cours.

Le 6 mai seulement surviennent des douleurs de travail, mais avec température 39° et poulx à 125.

Le 7 mai, vomissements verdâtres, contractions utérines vives, dilatation comme une pièce de un franc.

Le 8 mai, dilatation comme une petite paume de main, membranes rompues, petite tête dans l'excavation. A 9 h. 10, accouchement spontané. Garçon né étonné mais facilement ranimé pesant 1.650 grammes.

Délivrance naturelle. Membranes déchirées, incomplètes, face utérine du placenta déchiquetée. Glace. Les jours suivants, la malade fléchit progressivement et meurt douze jours après l'accouchement par septicémie puerpérale.

OBS. XIII

SZILAGHI Ladislav, Observation 6, relevée à la Maternité de Paris.

Service du Professeur RUDAUX.

Mme B... Suzanne, N° 1717, 1922, âgée de 18 ans ; primipare.

Dernières règles : 19 novembre 1921. Entre dans le service le 9 juillet 1922. Époque présumée de la grossesse : 7 mois 3/4. Présentation O.I.D.P. Cœur fœtal bon. Urines normales. Col dilatable comme un franc. Température 38°, poulx 100. Douleurs.

11 juillet, les douleurs s'accroissent, morphine.

13 juillet, nouvelles douleurs. Résistance marquée dans la fosse iliaque droite. *Contractions douloureuses de la matrice*. La question de l'appendicite se pose, mais ne peut être tranchée à cause du début du travail.

10 heures, col complètement effacé, sommet profondément engagé. Douleur dans la jambe droite et dans le flanc droit. Intestins surdistendus par des gaz. Vomissements.

19 heures, dilatation complète, on fait les préparatifs en vue d'une application de forceps, mais à 19 h. 15 la tête se dégage spontanément.

Naissance d'une fille vivante de 2.100 grammes. Délivrance naturelle complète. Glace. Huile camphrée. Le lendemain chute de la fièvre, mais météorisme abdominal. Douleur dans la fosse iliaque droite. Pas de selle, ni de vomissements.

15 juillet. La fièvre a réapparu : 39°2. Pression très douloureuse de l'angle costo-lombaire droit. On pense de plus en plus à l'appendicite.

Intervention le même jour à 16 heures.

À l'ouverture de l'abdomen, issue de pus bien lié, odeur fécaloïde. Adhérences bien organisées. Drainage. Lavage à l'éther. Huile camphrée, sérum. Suites opératoires bonnes.

29 juillet. Le flanc droit est souple. Au toucher, col fermé, utérus de volume normal pour le jour de suites de couche.

10 octobre, réaction de la trompe droite qui faisait issue par la cicatrice de l'appendicectomie.

Guérison complète le 6 novembre.

OBS. XIV

OBSERVATION par M. ROSENSTEIN (BRESLAU), *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäk.* 1914, page 27.

Malade âgée de 23 ans. D.R. du début du mois de mai. Dès le début de la grossesse, petites coliques abdominales. Le 14 septembre, douleur violente dans le bas ventre survenant brusquement dans la rue et obligeant la malade à retourner chez elle où elle remarque qu'elle perd en rouge du vagin. Le médecin appelé constate que l'utérus est très sensible à la pression. Repos au lit. Morphine.

Le soir du 16 septembre, nouvelle crise violente avec forte hémorragie, nausées et vomissements, qui ne cèdent pas à la médication opiacée.

Le 17 septembre, ventre ballonné très sensible. L'orifice cervical est complètement fermé.

La matrice est contracturée d'une façon permanente, elle est dure comme de la pierre.

La malade est amenée à l'hôpital. Température 38°5, pouls 112 bien frappé ; rien dans les urines.

On porte le diagnostic de début d'avortement, compliqué de péritonite. On décide de vider d'abord l'utérus et de faire après une laparatomie.

Cette dernière révéla des annexes saines et du liquide louche dans le petit bassin... On nettoie la cavité péritonéale et on recherche l'appendice qui présente plusieurs petites ecchymoses. On l'enlève. On ferme sans drainage.

La température et le pouls deviennent normaux en quelques jours.

La malade quitte l'hôpital trois semaines après.

À l'examen histologique on a retrouvé tous les signes de l'appendicite aiguë.

OBS. XV

THESE DE SEGUY (Obs. due à notre maître Docteur CATHALA).

Une jeune femme de 19 ans, sans antécédents appendiculaires, est

prise au cours de sa première gestation de douleurs abdominales avec vomissements.

Trois jours après elle se décide à venir consulter à l'hôpital Saint-Louis.

A l'examen, on est surpris de trouver un utérus correspondant à sept mois de gestation alors que, d'après les dernières règles, il ne devrait s'agir que d'une grossesse de cinq mois.

De plus, cet utérus est dur, contracturé en permanence, ce qui rend la palpation impossible. Tout le ventre est douloureux, mais souple ; on ne peut faire préciser à cette malade un point où cette douleur soit maxima.

A l'auscultation on ne trouve pas les bruits du cœur fœtal, d'ailleurs la femme dit qu'elle ne sent plus remuer.

Au toucher, le col est légèrement déhiscént, les membranes tendues. L'état général est bon, le faciès est un peu pâle, mais nullement péritonéal. La température est à 37°6, le pouls à 100.

Devant ce tableau clinique, le diagnostic hésite entre appendicite et hématome rétro-placentaire.

En effet, le volume de l'utérus plus grand que ne le comporte l'arrêt des règles, surtout sa contracture permanente, orientent le diagnostic vers l'hématome.

Mais par contre l'absence de métrorragie, d'albumine dans les urines avec une tension artérielle de 12-8, rendent le diagnostic d'appendicite possible, d'autant plus qu'il n'y a pas eu, au dire de la malade, d'augmentation brusque de volume du ventre au moment où la douleur est apparue.

Le diagnostic d'appendicite peut encore s'appuyer sur la soudaineté de la douleur et surtout sur la fièvre légère.

Devant la difficulté du diagnostic et comme l'état de la femme est excellent qu'il n'y a dans la fosse iliaque droite aucun signe de localisation appendiculaire, on décide d'attendre en mettant la femme au repos et à la glace.

Cette attitude paraît d'autant plus logique, s'il s'agit d'appendicite, que le début des accidents remonte déjà à trois jours.

Le soir même de son entrée, la femme accouche d'un enfant vivant qui meurt après quelques inspirations. Aussitôt après la femme se sent très bien et ne souffre, cependant son ventre reste douloureux à la pression, surtout à gauche et son pouls reste accéléré.

Le lendemain, la malade vomit à trois reprises ; son ventre est douloureux, avec un peu de défense dans la fosse iliaque droite. Son état général reste bon, sa température est à 38°4, son pouls à 120.

Le surlendemain, le tableau s'est précisé. Le ventre est ballonné, avec de la contracture à droite. La malade est fatiguée, mais son faciès n'est pas péritonéal. On décide l'intervention immédiate pour appendicite.

Laparatomie latérale droite. Du liquide fétide s'écoule en abondance. Drain et mèche.

Il fut impossible de trouver l'appendice.

Le soir de l'intervention, température 37°5 et pouls à 145.

Le lendemain, tout l'abdomen est douloureux. Pouls à 150.

Le surlendemain la femme meurt.

Autopsie. — Péritonite avec appendice rétro-cœcal perforé.

OBS. XVI

THESE SEGUY (OBS. DUE AU D^r LARDENNOIS).

Primipare, 23 ans, ayant eu trois crises appendiculaires à 6 et 7 mois de gestation.

À une crise douloureuse à terme avec température au-dessous de 38°.

On note un état de *tension permanente de l'utérus*.

Elle accouche.

OPERATION. — Adhérences considérables, au milieu desquelles l'appendice, volumineux, amputé en son milieu, est difficilement reconnaissable.

Suites opératoires bonnes.

OBS. XVII

THESE DE SEGUY (OBS. VI, MATERNITE PORT-ROYAL, 1922, N° 1717, SERVICE DU D^r POTOCKI).

Une primipare vient consulter à 7 mois de gestation « parce qu'elle souffre dans le ventre ».

La sage-femme qui l'examine trouve un col dilatable, et malgré une température de 38°, pense à une menace d'accouchement prématuré. Elle prescrit un lavement laudanisé.

Deux jours après, les douleurs abdominales s'accroissent, la température est à 38°9, le pouls à 92.

On pense toujours à un début de travail et on prescrit à nouveau de la morphine et un lavement laudanisé.

Quatre jours après, la malade est examinée par le Docteur LEVANT qui trouve :

Résistance au palper de la fosse iliaque droite, douleur en arrière dans l'angle costo-vertébral.

Contractions douloureuses de l'utérus.

Col utérin effacé, dilaté comme 50 centimes.

On élimine le diagnostic de pyélonéphrite par un examen des urines qui se montre négatif.

Le soir du quatrième jour, la femme accouche d'un enfant vivant qui mourut deux jours après.

Le cinquième jour la température baisse, mais il apparaît du météorisme abdominal. Ni nausées, ni vomissements, mais constipation persistante.

Le sixième jour la température s'élève à nouveau, atteignant 39°2. La douleur dans la fosse iliaque est maintenant très nette et le diagnostic d'appendicite s'impose.

On intervient le jour même.

On tombe sur des adhérences très organisées qui, rompues, laissent écouler un pus bien lié. On ne trouve pas l'appendice ; la trompe, par contre, apparaît rouge, congestive, recouverte de fausses membranes.

À la suite de cette intervention l'état général s'améliore, mais deux mois après la suppuration par la plaie persiste. Pour obtenir la guérison on fut obligé d'intervenir à nouveau et de réséquer la trompe droite.

OBS. XVIII

THESE DE SEGUY (OBS. IX, MATERNITE PORT-ROYAL, 1922, N° 1072, SERVICE DU D^r POTOCKI).

Une primipare de 19 ans est hospitalisée à 5 mois de gestation pour

douleur constante dans le bassin. Un médecin de ville l'a vue et, pensant à un début de travail, a prescrit un lavement laudanisé.

A son entrée, la sage-femme qui l'examine trouve un *utérus contracturé*, faisant 5 mois de gestation avec un col presque effacé, confirmant de la sorte le diagnostic du médecin de ville.

Le lendemain, la femme est vue par le médecin assistant du service qui note :

Utérus dur, mais avec des phases de relâchement au palper.

Sensation vague d'empâtement dans la fosse iliaque droite.

La palpation du rein n'est pas douloureuse. Pas de nausées, constipation depuis 4 jours. On administre sans résultat plusieurs lavements.

Le soir apparaissent des vomissements verdâtres. Le pouls est à 128, la température à 37°3.

On décide d'intervenir d'urgence :

A l'ouverture du péritoine s'écoule par l'incision du péritoine un liquide séro-purulent abondant.

On ne trouve pas l'appendice. On draine par trois drains.

Dans les jours qui suivent, on note une sédation des symptômes, mais la température reste au-dessus de la normale, le pouls au-dessus de 100.

Le 24^e jour, le travail se déclanche. Aussitôt la température s'élève à 39°, le pouls dépasse 120.

La femme accuse une douleur constante généralisée à tout l'abdomen.

La femme accouche normalement d'un enfant vivant et se délivre spontanément.

Mais le lendemain, la température, qui avait baissé le soir de l'accouchement, s'élève à 40°, le pouls est à 130.

Des frissons apparaissent. Du pus abondant sort par la plaie abdominale, qui était en voie de cicatrisation.

Le huitième jour après l'accouchement la femme meurt, ayant fait un infarctus à la base droite.

OBS. XIX

THESE DE VIGOUROUX, BORDEAUX 1928-29. OBS. XXVII.

Mlle X..., 34 ans, primipare. On ne trouve aucun antécédent pathologique chez cette jeune femme. Ses dernières règles datent du mois d'octobre 1927.

Le 22 juillet 1928 au matin, étant arrivée au terme de sa grossesse, la malade est prise de douleurs abdominales violentes, diffuses, mais cependant plus intenses à droite et dans la région péri-ombilicale. La sage-femme qui est auprès de la malade pense tout d'abord qu'il s'agit d'un début de travail, cependant elle fait un toucher et ne constate aucune modification du côté du col.

Vers midi, le même jour, la jeune femme qui souffre toujours, plus particulièrement à droite, commence à vomir ; on remarque que son *utérus est tendu, sans aucune espèce de période de relâchement*. Le Docteur M. RIVIÈRE est appelé en consultation et il examine la malade ce même jour à 11 heures du soir. Il trouve à ce moment un bon facies, mais le pouls est rapide (130), la température à 38°. Le ventre est peu sensible au palper et à travers une paroi qui ne présente aucune défense musculaire la palpation

révèle une douleur violente à droite et un *utérus dur comme du bois, en état de tension permanente*.

Au toucher, aucune signe de travail. A l'auscultation, la contraction utérine empêche de percevoir les bruits du cœur fœtal. Le diagnostic d'appendicite est posé et on décide l'intervention immédiate.

Opération (Docteur Marc RIVIÈRE et Docteur MAUGÉ). 1. laparotomie médiane, extériorisation de l'utérus, césarienne classique. Extraction d'un gros enfant vivant qui rend du meconium en abondance.

On trouve dans la fosse iliaque droite du pus en abondance et des fausses membranes.

On fait une hystérectomie sub-totale suivie d'appendicectomie et on place un Mikulicz. Suites opératoires normales. Guérison.

OBS. XX

THESE VIGOUROUX.

Mme T..., 24 ans. I-pare. Pas d'antécédents pathologiques à signaler. Aurait cependant souffert dans le bas-ventre, à droite, au moment de son mariage. Pas de pertes d'aucune sorte.

Dernières règles au mois de juin. Toute sa grossesse a été parfaitement normale ; la malade n'a jamais été constipée ; elle n'a jamais eu d'albuminurie.

A terme, le 16 mars, elle ressentit subitement une douleur dans le bas-ventre ; elle ne vomit pas ; pas de température.

Le Docteur Marc RIVIÈRE est appelé le même jour à 20 heures ; il trouve un utérus tendu ; le ventre est douloureux à droite, la malade a quelques vomissements. Au toucher, le col est entier, la tête est profondément engagée ; on croit à un début de travail. Le lendemain à midi, même situation ; le pouls est à 80, la température à 37°, mais le ventre est ballonné dans la région épigastrique ; la malade ne rend plus de gaz. Il pose le diagnostic d'obstruction intestinale et demande en consultation un autre accoucheur et un chirurgien qui concluent pareillement.

Le 17 mars, laparotomie. Dès le ventre ouvert, on trouve les anses intestinales surdistendues, dépolies. Césarienne classique ; on extrait un gros fœtus de sexe masculin. Pas d'hémorragie. On trouve de la sérosité louche à droite ; l'ovaire du même côté est ecchymotique et recouvert de fausses membranes ; on résèque cet ovaire. On ne recherche pas l'appendice. On place un gros drain sus-pubien. Après l'intervention, sérum huile camphrée.

Le 18 mars, la malade semble aller mieux, le drain donne abondamment. Mais, quarante-huit après, la malade meurt de péritonite généralisée.

CONCLUSIONS

I. — Le diagnostic de l'appendicite au cours de la période puerpérale se fait le plus souvent lorsque les accidents péritonéaux se sont manifestés soit pendant la gestation soit après l'évacuation de l'utérus.

II. — Les accidents aigus graves sont précédés le plus souvent d'une phase torpide, muette, insidieuse pendant laquelle l'intervention immédiate peut éviter l'apparition des accidents graves.

III. — Le signe de la contraction permanente de l'utérus est le premier symptôme valable signalant cet état pathologique.

IV. — Constaté isolément, c'est un signe d'alarme d'une grande valeur, qui doit faire rechercher attentivement les signes d'une lésion viscérale voisine de l'utérus, car s'il est constant au cours de l'appendicite, il est symptomatique probablement d'une lésion viscérale inflammatoire qui nécessite l'intervention.

V. — Constaté en association avec des troubles digestifs communs à l'appendicite, il commande l'intervention immédiate.

VI. — Grâce à la constatation de ce signe au cours de la grossesse on doit éviter l'apparition des accidents péritonéaux graves dus à l'appendicite, éviter l'interruption précoce de la grossesse, dans tous les cas conserver les possibilités génitales de la femme ou tout au moins son existence.

Vu le Doyen,
ROUSSY

Vu le Président,
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :
Pour le Recteur de l'Académie de Paris,
L'Inspecteur d'Académie
J. PERRON

BIBLIOGRAPHIE

- AMO. — Appendicite et grossesse (Arch. de méd. circ. y. Esp. T. XXXIV).
- ANDEROUAS et VILLAR. — Péritonite d'origine appendiculaire trouvée au cours d'une laparatomie pour rupture utérine (Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc., Bordeaux, N° 5, mai 1930, p. 849).
- BAPTERTE. — De l'appendicite dans la puerpéralité (Thèse Lyon, 1899).
- BAR. — La pratique de l'art des accouchements, tome II.
- BARBARO. — Appendicite et grossesse (Thèse Paris, 1926).
- BEAUCHARD. — Thèse de Paris, 1906.
- BERNARD. — Thèse de Paris, 1903.
- BOHLER. — Appendicite et grossesse (Strasbourg médic., 1930).
- BOUILLER. — De l'appendicite pendant la grossesse (Thèse Lyon, 1897).
- BOUILLY. — C. R. Soc. Obst. et Gynéc., Paris, 1899.
- BAURY. — (Thèse de Paris, 1928). Étude de l'app. au cours de la grossesse.
- BRINDEAU. — Pratique de l'art de l'accouchement. — Soc. d'Obst. de Paris, 1908. — Archives gén. de Médecine, 1904, prem. sem. — Leçons du jeudi, Tarnier, 1927. — Appendicite et puerpéralité (Cliniq., Montréal, 1920, XI). — Appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité.
- BRINDEAU, METZGER. — (Revue Générale de clinique et thérap., Paris 1910.) La pratique de l'art des accouchements, 1921.
- BRINDEAU et JEANNIN. — Bull. Soc. d'Obst., de Paris, 1909. — Appendicite et gestation (Journal des praticiens, 1910). — Annales de gynécologie, 1910.
- BUDIN. — Les avantages de l'expectation dans certains cas de contracture utérine. Journal des praticiens, 1903.
- CHAPUT. — Appendicite et grossesse (Thèse Bordeaux, 1923).
- COUDACHL. — Appendicite a granidanga (Réforme méd., 45-542. April 20, 1929.)
- COOKE. — App. compliquant la gestation (New-York médical, mai 1909).
- COCHE-MASON. — Césarienne et appendicectomie à la fin de la gestation (Journal américain an. 1910, B D 75, N° 2).
- COMMANDEUR et DUVERNAY. — Lyon Médical, 1^{er} janvier 1905.
- CROISIER. — C.R. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. et Pédiatrie de Paris, avril 1903.
- CROSTE. — L'appendicite au cours de la grossesse (Thèse Paris, 1906).
- DEMELIN, DEVRAIGNE. — Appendicite et gestation (Manuel de l'accoucheur, Paris, 1924).
- DEXENS (S.), FONT (E.), GIL, VERNET. — Observaciones de appendicitis coexistiendo con estados gravidos (Rev. méd. de Barcelona, 1-44 May 1931).
- DIEULAFOY. — Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu, 1897-98, T. II, 16^e leçon.
- DUCUNG, GUILHEM. — Perforation appendiculaire au 4^e mois de la grossesse, appendicetomie, pus libre dans le ventre, fermeture sans drainage, guérison avec continuation de la grossesse (Bull. Soc. Obst. et Gyn., 18, 665, 8 nov. 1829).

- EKEHORN. — Appendicite et grossesse (I diskussionen after goran Homs foredrag, 1921).
- FALK. — Difficultés de diagnostic de l'appendicite pendant la gestation (Ann. gyn. et Obst., avril 1900).
- FAVREAU (M.). — Appendicite et grossesse (Journ. des Soc. méd. de Lille, 15 décembre 1929, N° 50).
- FAVREAU-CHAPUT. — Appendicite et gestation (Progrès médical, 21 mars 1923).
- FILACHET. — Appendicite et grossesse (Thèse de Lille, 1922).
- FILHASTRE. — Appendicite et grossesse, diagnostic. Indications opératoires, techniques et résultats (Thèse Bordeaux, 1929-30).
- FROELICH. — Appendicite compliquant la grossesse.
- FAGES. — Über appendizitis Wiener med. presse, 1896.
- FELLNER-OTTFRIED. — Sall man vor der app. operation die schwngerschaft beeding gen oder nicht 2, 1906 S. 542. Therapie dergegenwart. Neuste Falge.
- FUTH. — Über das Zusammentreffen von gravidität mit appendizitis (Archives fur gynaekologie Bd 76, 1905, S. 507).
- GARCIA AMO (P.). — Appendicitis en el ambarazo (Rev. Espan. de Obst. y gyn., Mars. 1932).
- GLAMAIN. — Appendicite et gestation (Thèse Paris, 1915).
- GAUCHERAUD, PUIG. — Appendicite et grossesse (Bull. Soc. Obst. et gyn. de Paris, 1925).
- GODLEWSKY. — Appendicite au 6^e mois de la grossesse. (Bull. des Soc. d'Obst. et gyn., 1927).
- HALL. — Appendicite durant la gestation (Amer. of Obst., New-York, p. 787).
- HARTMANN. — Appendicite pendant la gestation, mort rapide après l'accouchement par péritonite. (Bull. des Soc. d'Obst et gyn., 1929).
- HEPP. — Bull. Soc. de l'Int. des Hôpitaux, Paris, 1911.
- HERGOTT. — App. et accouchement (Ann. Gyn. et Obst. de Paris, août 1900).
- HAGAPOFF. — Diskuss uber Hergotts Miteilung XIII. Congrès international de médecine de Paris, 1900, section d'Obstétrique.
- HLAVACEK. — Über kompikationem von Schwangessacht (Monatsschrift für Gebustshilfe und gynaeko, 1897, Bd 6, 1897, S. 327).
- IARCA. — Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse (Thèse Paris, 1897-98).
- JAHIER, LAFFONT (J.). — Deux cas d'appendicite aiguë au cours de la grossesse (Algérie Méd., août 1930).
- JERLOV. — Ueber appendicitis Während der gravidifat und im puerperium (Klin, studichels 1925, Mercatorstryckeri aktiebolog).
- KERING. — Appendicite et grossesse (Revue pratique d'Obst. et Pédiatrie, janvier 1907).
- KOHN. — Société chirurg. de Dresde, 1885.
- LEGENDRE. — Rev. Obst., 1897, N° 112.
- LEMELAND. — L'appendicite au cours de la puerpéralité (La méd. intern., mai 1929). — Contracture utérine accompagnant les syndromes péritonéaux et en particulier l'appendicite (Bull. Obst. et Gyn. de Paris, 1905).

- LEMELAND et RISACHER. — Sur la tension permanente de l'utérus (Bull. Soc. Obst. et Gyn., 1926).
- LE LORIER et DUCHÈNE. — Accident de l'occlusion intestinale à trois mois et demi de la gestation (Ser. d'Obst. et de Gyn. de Paris, mars 1922).
- MARBURG. — Appendicitis in pregnancy Ap. Surg, 1933.
- MARY. — Thèse Paris, 1908.
- MOUTHOL. — Appendicite et grossesse (Thèse Paris, 1935).
- MULLER (Paul). — Appendicite et grossesse (La Clinique, 1932).
- OUL. — C.R. de la Soc. d'Obst. et Gyn. et de Péd., Paris, 1903.
- PERAUD. — Appendicite de la femme enceinte (Thèse Paris, 1912).
- PERY, RABERE et LEURET. — Appendicite et gestation (Soc. Obst. de Paris, 1921).
- PETEL (J.) et PRINCETEAU (René). — Appendicite et grossesse (Arch. méd. Chir. de province, janvier 1930).
- PHAREUF. — Appendicite et grossesse. A propos de 15 obs. personnelles (Union Méd. du Canada, 1927).
- PIGEAUD. — Contribution à l'étude de l'appendicite aiguë compliquant l'état puerpéral. Thèse Paris, 1931.
- PINARD. — Clinique Obstétricale, 1899. Nouveaux documents pour servir à l'histoire de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse. (Communication à l'Académie de Médecine, 6 mars 1900, et dans les annales de gyn. et obst., mai 1900). — De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité (Communication à l'Académie de Médecine, 22 mars 1898, et annales gyn. et obs., mai 1898).
- PANKOW. — Les causes du mauvais pronostic de l'appendicite au cours de la grossesse et leurs conséquences thérapeutiques. (Arch. f. de gyn., 1928).
- PORAK et DANIEL. — Annals obst. gyn., Paris, février 1903.
- PORAK et LEPAGE. — Soc. obst. gyn et péd., Paris, 1903.
- PENARD. — Thèse Paris, 1912.
- PUECH. — Appendicite et grossesse (Revue pratique d'Obst. et Pédiatrie, janvier 1907).
- PORTÈS, SEGUY. — Influence de la gestation, du travail et des suites de couches sur appendicite aiguë. (Gynéc. et Obs., février 1927).
- ROCHE, PERY, FAVREAU. — Appendicite gangreneuse pelvienne et grossesse. Colpotomie, guérison. (En collaboration avec les Docteurs Pery et Favreau. Soc. obs. et gyn. de Bordeaux, janv. 1921.)
- SEGUY. — Les appendicites aiguës compliquant la gestation normale (Thèse Paris, 1927).
- SZILAGHI (Ladislás). — Contribution à l'étude de l'appendicite au cours de la grossesse (Thèse Paris, 1929).
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art de l'accouchement.
- TEDENAT. — Appendicite chez la femme enceinte (Bull. soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1925).
- TISSIER et LEMELAND. — Discussion sur l'évacuation de l'utérus avant appendicectomie (Bull. soc. d'obst. de Paris, 1905).
- TUSSEAU. — Appendicite et grossesse (Bull. et mem. des chirurg. de Paris, 1935).
- VAUDESCAL. — Appendicite et grossesse (L'Hôpital, avril 1928).

- VAUTRUI. — Acc. int. pendant la gestation. Soc. d'obst. et de gyn. de Nancy, 1922. — Bull. soc. obst. et gyn. Paris, 1922, p. 204.
- VIGOUROUX. — Appendicite et grossesse (Thèse Bordeaux, 1928-1929).
- VIGNES (H.). — Appendicite et grossesse (La sage-femme de France, octobre 1932). — Appendicite et grossesse (Quest. clin. d'actual., Paris 1932). — Appendicite et gestation (Journ. des Prat., 1924). — Appendicite et grossesse (La Puériculture, 15 déc. 1931). — Appendicite et grossesse (Le congr. méd., 1931).
- VINAY. — Lyon Médical, 1898.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	17
Historique	17
CHAPITRE PREMIER. — Les formes cliniques de l'appendicite	19
CHAPITRE II. — La forme insidieuse ou torpide.....	21
CHAPITRE III. — Etude de la contraction permanente de l'utérus	27
Historique	29
Manifestations cliniques.....	34
Diagnostic différentiel.....	36
Pathogénie	38
Indications thérapeutiques	39
Observations	41
Conclusions	57
Bibliographie	59

